

Mitä, missä, milloin — kohti vaikuttavia mielenterveyspalveluita

JUHLALUENTO 23.9.2015 TAMPEREEN YLIOPISTO

Mielenterveyspalveluiden vaikuttavuus on minulle monella tavalla läheinen teema. Tutkijana minulla on ollut mahdollisuus suomalaisten aineistojen avulla tutkia juuri palvelujärjestelmän vaikuttavuutta ihmisten mielenterveyteen, kun lääketieteellisen tutkimuksen painopiste tavallisesti on erilaisten hoitomuotojen vertailuasetelmissa. Toiseksi, olen toimijana ollut mukana useissa mielenterveyspalveluiden alueellisissa uudistuksissa, joissa mielenterveyspalveluiden kattavuutta ja tarpeenmukaisuutta on voitu parantaa. Näin olen saanut kokemuksen palvelujärjestelmätiedon muuttumisesta todellisuudeksi. Ajattelen myös, että sillä, miten palveluiden tarjontaa kehitetään, on enemmän merkitystä ihmisten hyvinvoinnille kuin yksittäisten toimenpiteiden oikeaoppisuudella – joka kyllä sekin on tietysti tärkeää. Hyvä, välittäminen ja turva voivat välittyä myös palveluiden järjestämisen ja systeemisen vastuunoton kautta. Keskeistä on myös, etteivät potilaat tai asiakkaat enää tänä päivänä ole toimenpitein hoidettavia objekteja, vaan subjekteja, toimijoita, joille voimme järjestelmäosaamisella tarjota edellytyksiä osallisuuteen ja voimaantumiseen.

SOSIAALIPSYKIATRIAN NÄKÖKULMA

Mielenterveys on positiivisessa merkityksessään kaikkia eteenpäin vievä voima, joka auttaa meitä pyrkimyksissämme, ja saa meidät parhaimmassa tapauksessa tuottamaan hyvää ympärillemme, auttamaan muita eteenpäin. Mielenterveys voi myös olla uhattuna ja toimintakyvyn häiriintyessä puhutaan mielenterveyden häiriöistä. Niiden ajatellaan olevan psyykkiseen hyvinvointiin ja toimintakykyyn kohdistuvia aivoperäisiä häiriöitä, jotka vaikuttavat kognitiivisiin, affektiivisiin ja sosiaalisiin kykyihin. Mielenterveyden häiriöitä on tutkittu paljon ja niiden kulku ja yleisyys tunnetaan. Mielenterveyden häiriöillä on vakiintunut diagnostiikkansa, joka mahdollistaa niiden riskitekijöiden, esiintyvyyden ja hoidon tutkimuk-

sen (WHO ICD-10 ja ICD11). Vaikka diagnoosien oikeutus ja pätevyys asetetaan aika ajoin kyseenalaiseksi, tukee vaikuttava kliinisepidemiologinen tutkimushistoria näiden häiriökäsitteiden todellisuusvastaavuutta (validiteettia) ja käyttöarvoa. Vuosittain noin viidellä prosentilla meistä voidaan diagnosoida masennustila, noin 30 prosentilla jonkinlainen mielenterveyshäiriö. Elämänsä aikana noin kolmella prosentilla esiintyy joku psykoottinen häiriö ja noin puolella meistä ylipäänsä joku diagnosoitava häiriö.

Neurologispsykiatristen häiriöiden on arvioitu aiheuttavan yli neljänneksen toimintakyky-painotteisesta tautitaakasta (1). Niiden esiintyvyys on pysynyt suunnilleen ennallaan, mutta niiden aiheuttama työkyvyttömyys on kasvussa. Mielenterveyden häiriöillä on merkittävä yhteiskunnallinen ulottuvuus. Ne ovat yleensä monitekijäisiä; mukana on sekä rakenteellista alttiutta että ulkoisia elämänaikaisia ja ajankohtaisia riskitekijöitä. Tällaisia ovat esimerkiksi köyhyys ja ravinnon puute, työttömyys, syrjintä, väkivalta-kokemukset, päihteiden helppo saatavuus ja työhön liittyvä stressi (2). Lisäksi perimällä ja ympäristöllä tiedetään olevan monen suuntaisia yhteisvaikutuksia. Mielenterveyden häiriöiden yhteiskunnallinen ulottuvuus on ollut erityisesti sosiaalipsykiatrian kiinnostuksen kohteena (3). Oppi- ja tieteenalana sosiaalipsykiatria ei ole kooltaan suuri, mutta sisällöltään se on mielenterveyden ymmärtämisen ja vaikuttavan auttamisen polttopisteessä. Siinä ymmärretään sekä mielenterveyden häiriöiden monitekijäinen luonne geeni-ympäristö-yhteisvaikutuksineen, että niiden yhteiskunnallinen ulottuvuus ja yksilön ja yhteisön vuorovaikutuksen keskeinen merkitys.

SUOMALAISEN PSYKIATRIAN MATKA

Kun perinteinen lääketieteellinen tutkimus tarkastelee yksittäisten hoitokeinojen vaikuttavuutta, nähdään palvelujärjestelmänäkökulmassa hoito

ja palvelut osana laajaa järjestelmää. Mielisairaanhoito on ollut käytännössä eristämistä aina 1800 -1900 -luvulle, jolloin orastavat diagnostiset ja hoidolliset innovaatiot tekivät tuloaan ja herättivät toiveita aikaisempaa tavoitteellisemmasta toiminnasta. Suomalaisen psykiatrian historia on kirjattu melko tuoreeseen psykiatriyhdistyksen juhlahulkaisuun, jossa kamppailu vaikeiden potilaiden auttamiseksi ja kysymykset hoitojärjestelmän vastuunjaosta on hyvin kuvattu (4). Psykiatria ja psykiatriisiin potilaisiin on aina kohdistunut vieroksuntaa ja pelkoakin. Häpeä ja leimautuminen ovat olleet sairaalalaitoksen liitännäisiä, ja toisaalta tieteen kehitykseen on aina kohdistunut toivoa paremmasta.

Keskeinen tema ja trendi on ollut sairaalalaitoksen jo puoli vuosisataa jatkunut purku, eli sairaansijojen vähentäminen sairaalahoidoista lyhentämällä ja erilaisia avohoitomuotoja kehittämällä. Tähän deinstitutionalisaatioksi kutsuttuun prosessiin liittyviä uudistuksia on tälläkin hetkellä meneillään useissa sairaanhoitopiireissä, muun muassa Pirkanmaalla. Eettisinhimillisillä tekijöillä on näissä trendeissä ollut taloudellistoinnallisia tekijöitä suurempi rooli ja näillä uudistuksilla on ollut leimautumista purkava vaikutus.

Toinen suomalaisen mielenterveyspalvelujärjestelmään liittynyt trendi on ollut hallinnollinen hajauttaminen eli siirtyminen keskitetystä mielisairaanhoitopiirimallista lainsäädännöllisesti vahvistettuun kuntavastuumalliin. Kun tämä niin sanottu desentralisaatio vuonna 1991 ja meillä on ollut laitoshoidon vähentäminen osuivat yksiin merkittävän kansallisen taloudellisen laman kanssa, syntyi kuntien mielenterveyspalveluita selvästi eriarvoistava tilanne, jonka seuraamuksesta hoidon puutteineen on ajoittain keskusteltu. Ajankohtainen palvelurakenteiden uudistamisvaihe ja erityisesti niin sanottu SOTE -mallintaminen voidaan nähdä suhteessa mielenterveyspalvelutrendeihin osittaisena uudelleenkeskittämiskäytännönä.

Nykyinen palvelujärjestelmäkehitys nojaa avohoidon ensisijaisuuteen, esteettömään hoitoon pääsyyn ja asiakaslähtöisyyteen, jotka näkyvät myös sosiaali- ja terveysministeriön laatiman mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Miel 2009) painotuksissa (5). Psykiatrisen hoidon kehityksessä nähdään paljon uusia innovatiivisia hoidon järjestämistapoja, joissa eri palveluita ja palvelutahoja pyritään yhdistämään, ja varsinkin vaikeammin sairaiden potilaiden luokse mennään

aktiivisesti ja valmennetaan heitä pärjäämään mahdollisimman itsenäisesti.

MIELENTERVEYSPALVELUIDEN VAIKUTTAVUUS

Vaikuttavuus, eli toiminnasta saatava hyöty on yleisesti hyväksytty tavoite, jonka toteutumista halutaan myös arvioida ja mitata. Hoidon vaikuttavuutta mitataan satunnaistetuilla kontrolliduilla kokeilla ja toisaalta käytännön toimintaa ohjaavat myös monet muut, kliinikoiden kokemuksiin ja potilaiden toiveisiin liittyvät asiat. Peruskysymys on, mitä tavoittelemme, mikä on myös poliittinen kysymys. Itse ajattelen, että yhteisömme ja yhteiskuntamme eettisyys ja arvopohja mitataan juuri siinä, miten kohtelemme mielenterveytensä vuoksi vajaakuntoisia kanssakulkijaitamme.

Vaikuttavuudella voidaan ajatella olevan useita tasoja, kuten oireettomuus, toimintakyky tai elämänlaadun paraneminen. Yhtenä vahvimista mielenterveyspalveluiden vaikuttavuuden osoittamista voidaan pitää itsemurhakuolleisuutta, jonka keskeisimmäksi riskitekijäksi tiedetään mielen terveyden häiriöt. Tiedetään joitakin ekologisia tai naturalistisia tutkimusasetelmia, joissa on voitu osoittaa hoidon parempaan saatavuuteen tai nykyaikaisuuteen liittyvä alentunut itsemurhakuolleisuutta, mutta tällaisia tutkimusasetelmia on suhteellisen vähän (6,7).

Me lähdimme Suomen Akatemian tukemana hyödyntämään suomalaisessa palvelujärjestelmässä tapahtuneita muutoksia ja vertasimme kunnissa syntyneitä erilaisia palvelurakenteita itsemurhakuolleisuuden vaihteluun. Yli kolmelta sadalta kunnalta saatiin tarkat tiedot niiden järjestämistä mielenterveyspalveluista eri palvelumuotoineen, samalla, kun kerättiin tietoa alueen sosioekonomisista tekijöistä ja huomioitiin työttömyyden, tulojen, alkoholinkulutuksen ja väkivaltarikollisuuden vaikutus kunnassa (8).

Tutkimustulostemme mukaan avohoidon monimuotoisuus, eli erilaisten avohoitotyyppien tarjonta liittyivät alentuneeseen itsemurhakuolleisuuteen, kun taas palveluiden sairaalapainotteisuus ja tahdosta riippumattomien hoitolähetteidensä määrä liittyi korkeampaan itsemurhakuolleisuuteen. Kun vakioinnein ja monimuuttujamallien kontrolloitiin muita itsemurhiin vaikuttavia tekijöitä, kuten sosioekonomisia muuttujia, palvelujärjestelmätekijöiden merkitsevyys heikkeni, mutta ne säilyivät kuitenkin itsenäisenä alueelliseen itsemurhariskiin vaikuttavina tekijöinä. Tutkimus antoi vahvaa tukea palveluiden kehittämi-

selle yhä avohoitopainotteisempaan ja monimuotoisempaan suuntaan. Näitä painotuksia voidaan nähdä myös esimerkiksi Mieli 2009 -suunnitelmassa ja muissa uudistamishankkeissa. Tulevissa järjestelmätason vaikuttavuustutkimuksissa tul- laan käyttämään tulosmittarina eläköitymistä mielenterveyssyistä ja selittävinä tekijöinä tarkas- ti kerättyjä palvelujärjestelmätietoja.

ENNEN KUIN ON LIIAN MYÖHÄISTÄ

Tärkeä näkymä mielenterveyteen on auttamisen ja puuttumisen ajoitus. Erityisesti mielenterveys- häiriöiden yhteydessä pätee ajatus varhaisemman puuttumisen hyödyllisyydestä, kun monimutkai- siin prosesseihin puututaan ajoissa ja oikein. Täs- tä on myös vankkaa tutkimusnäyttöä (9). Esimer- kiksi lapsiperheiden oikeanlaatuinen ja heidän jaksamistaan parantava tuki ehkäisee lasten myö- hempiä mielenterveyden ongelmia. Toisaalla van- hempien valmentaminen positiiviseen vuorovai- kutukseen ja lastensa kannustamiseen muun muassa jääkaappimagneettien ja huoneentaulujen avulla ehkäisee osoitetusti myöhempiä käytöshäi- riöitä.

Olemme psykiatriassa tulleet pitkän ja hui- man matkan, jonka ensiaskelia leimasivat avutto- muus vaikeimpien potilaiden auttamisessa ja hil- jalleen virinnyt, kunniakas, mutta hoidollisesti vähäantinen ihmismielen tiedostamattoman tut- kiminen. Nykyaikana psykiatria on kehittynyt täysiveriseksi lääketieteelliseksi erikoisalaksi mo- nine hoidollisine saavutuksineen, mutta samalla on jouduttu luopumaan humanistisen lääketie- teen erityisleistä (10). Tästä eteenpäin psykiat- rian on integroiduttava yhteiskunnan kehityk- seen, palveluiden rakentamiseen ja jopa sosiaali- politiikkaan. Tulevaisuudessa ymmärrämme yhä paremmin sekä yhteiskunnallisella että yksilölli- sellä tasolla mielenterveyden häiriöiden riskejä niin hyvin, että ongelmia ja häiriöitä ehkäisevä toiminta tulee aidosti mahdolliseksi. Tässä suh- teessa parhaillaan meneillään oleva työelämän murros on erityisen kiinnostava haaste; jos hallit-

semme työnteon perusteiden muutoksen myös mielenterveyden huomioivalla tavalla, on mah- dollista luoda kokonaan uudenlainen, ihmisten työelämä. Se on lohdullinen ja inhimillinen visio.

KIRJALLISUUS

- (1) Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, ym. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol 2011;21:655-679.
- (2) Prevention of mental disorders. Effectivce interventions and policy options. Summary report. 2004.
- (3) Leighton AH. An introduction to social psychiatry. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1960.
- (4) Parpola A. Toivo ja häpeä. Psykiatria modernissa Suomessa. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys; 2013.
- (5) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009;3; 2009.
- (6) Tondo L, Albert MJ, Baldessarini RJ. Suicide rates in relation to health care access in the United States: an ecological study. J Clin Psychiatry 2006;67:517-523.
- (7) Gibbons RD, Hur K, Bhaumik DK, ym. The relationship between antidepressant medication use and rate of suicide. Arch Gen Psychiatry 2005;62:165-172.
- (8) Pirkola S, Sund R, Sailas E, ym. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. Lancet 2009;373:147-153.
- (9) Laajasalo T, Pirkola S. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveytyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Thl Raportti 47/2012.
- (10) Reynolds CF, Lewis DA, Detre T, ym. The future of psychiatry as clinical neuroscience. Acad Med 2009;84:446-450.

SAMI PIKOLA

LT, Sosiaalipsykiatrian professori

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö